



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (RUSSIAN)

Я понимаю следующее: I understand the following:

- **У меня есть право отказаться от подписания этой формы разрешения на передачу или предоставление моей защищенной медицинской информации. Отказ от подписания этого разрешения не повлияет отрицательно на мою возможность получать медицинские услуги или возмещение стоимости этих услуг. Единственным обстоятельством, которое в случае отказа подписать это разрешение может повлиять на мои возможности получать медицинские услуги, является случай, когда медицинские услуги связаны с научными исследованиями или предоставляются исключительно в целях передачи медицинской информации третьим сторонам, а разрешение необходимо для соответствующего предоставления информации.**

I have the right to refuse to sign this form for authorization to disclose or release my protected health information. Refusal to sign the authorization will not adversely affect my ability to receive health care services or reimbursement for services. The only circumstance when refusal to sign this authorization may affect my ability to receive health care services is if the health care services are research-related or solely for the purpose of providing health information to someone else and the authorization is needed to make that disclosure.

- **За этот запрос может взиматься оплата.**

There may be a fee associated with this request.

- **Информация, используемая или передаваемая в соответствии с этим разрешением, может передаваться повторно и более не защищается федеральным законом. Однако я понимаю, что федеральный закон и закон штата может ограничивать повторную передачу информации, связанной с HIV/AIDS, психическими заболеваниями, генетическими тестами, а также диагнозами, лечением и направлениями, касающимися наркотиков (алкоголя).**

Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected under federal law. However, I also understand that federal or state law may restrict re-disclosure of HIV/AIDS, mental health information, genetic testing information, and drug/alcohol diagnosis, treatment, or referral information.

- **Я имею право на получение копии этого подписанного разрешения.**

I have the right to receive a copy of this signed authorization.

- **Я могу отозвать это разрешение в письменной форме в любой момент. Если я отзываю это разрешение, указанная ниже информация больше не сможет использоваться или передаваться в целях, описанных в этом письменном разрешении. Единственным исключением является случай, когда медицинский центр Swedish осуществил какие-либо действия, полагаясь на это разрешение, или разрешение было получено в качестве условия страхового покрытия.**

I may revoke this authorization in writing at any time. If I revoke this authorization, the information described below may no longer be used or disclosed for the purposes described in the written authorization. The only exception is when Swedish has taken action in reliance on the authorization or the authorization was obtained as a condition of insurance coverage.

Просим переслать это разрешение или его отзыв по одному из указанных номеров в зависимости от того, где вам предоставлялся уход:

Please submit this authorization or revocation to one of these locations, depending on where you received care:

<p>Swedish Medical Center Release of Information Department 747 Broadway, Seattle, WA 98122 Факс/Fax: (206) 320-2626 Адрес электронной почты/Email: ROI@swedish.org</p>	<p>Swedish Medical Group 전화/Phone: (206) 320-3025 Факс /Fax: (478) 238-9436 Адрес электронной почты/Email: smgroi-wa@cioxhealth.com</p>
---	---

Важно: Медицинский центр Swedish более не печатает и не предоставляет номера социального страхования пациентов, если это не требуется для выставления счетов. Однако номера социального страхования могут включаться в информацию пациентов, которая создана несколько лет назад. Информация, на передачу которой вы даете разрешение, может включать ваш номер социального страхования.

Important: Swedish no longer prints or releases patient social security numbers unless required for billing. However, social security numbers may be included in patient information that is more than a few years old. The information you are authorizing to be released may include your social security number.



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (RUSSIAN)

Настоящим документом данное учреждение, его сотрудники, должностные лица и врачи освобождаются от какой-либо юридической ответственности или обязательств за передачу вышеуказанной информации в той степени, которая указана в настоящем документе и допускается им.

The facility, its employees, officers and physicians are hereby released from any legal responsibility or liability for disclosure of the above information to the extent indicated and authorized herein.

Центр Swedish Health Services и его филиалы не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста или инвалидности при осуществлении своих программ и мероприятий в области медицинского обслуживания.

Swedish Health Services and its Affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in their health programs and activities.

ВНИМАНИЕ: если вы не говорите по-английски, то вам предлагаются бесплатные услуги языковой помощи. Звоните (888) 311-9127 (TTY: 711).

ATTENTION: If you do not speak English, you have at your disposal free language assistance services. Call (888) 311-9127 (TTY: 711).

Я разрешаю медицинскому центру Swedish использовать и передавать копии конкретной медицинской информации, указанной ниже, которая касается следующего:

I authorize Swedish to use and disclose a copy of the specific health information described below regarding:

ФИО пациента/Patient's Name _____ Дата рождения/DOB: _____

Адрес пациента/Patient's Address: _____ Телефон/Phone: _____

Город /City: _____ Штат/State: _____ Почтовый индекс /Zip Code: _____

Кому следует передать: Себе или ФИО получателя: _____
To be disclosed to: Self Or Recipient's Name:

Адрес получателя: _____
Recipient's Address:

Город/City: _____ Штат/State: _____ Почтовый индекс/Zip Code: _____

Телефон/Phone: _____ Факс/Fax: _____ Адрес электронной почты/Email: _____

Прошу переслать мои документы MyChart 이메일 디스크 서면 팩스
следующим образом: MyChart Email Disc Paper Fax

Please send my records via:

Я запрашиваю информацию из следующих учреждений: I am requesting information from the following facility(s):

Table with 2 columns: Название больницы (укажите) и номер телефона, Название клиники (укажите) и номера телефона

За период с: _____ по: _____
For the range of dates from: _____ to: _____

В отношении информации, связанной со следующим диагнозом или травмой: _____
For information related to the following diagnosis or injury: _____

Информация, подлежащая передаче:

- История болезни и результаты осмотра /History & Physical
Протокол операции /Operative Report
Диагностические отчеты (лабораторные, рентгеновские, ЕКГ и т. д.) Diagnostic Reports (lab, x-ray, EKG, etc.)
Другое (укажите)/ Other (specify):
Выписной эпикриз/Discharge Summary
Отчёт отделения неотложной помощи /Emergency Department Report
Записи о выздоровлении/Progress Notes

**РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ, ПЕРЕДАЧУ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЗАЩИЩЁННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ИНФОРМАЦИИ**
AUTHORIZATION TO USE, DISCLOSE & RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION (RUSSIAN)

С целью: _____

For the purpose of:

Если разрешение не будет отозвано, срок его действия истечёт через 180 дней или в следующую дату: _____
Unless revoked, this authorization expires in 180 days or on this Date:

Условия: Данное разрешение будет распространяться на все аспекты анализов и (или) лечения заболеваний, передающихся половым путем, AIDS, инфекции HIV, злоупотребления алкоголем и (или) наркотиками и психических заболеваний или иной конфиденциальной информации, за исключением случаев, когда я в явно выраженной форме и в письменном виде ограничу его действие.

Terms: This authorization, unless expressly limited by me in writing, will extend to all aspects of testing and/or treatment of sexually transmitted diseases, AIDS, HIV Infection, alcohol and/or drug abuse, mental health conditions or other sensitive information.

Подпись пациента: _____ **Дата:/Date:** _____

Patient Signature:

(정자체 및 직접 서명)

(Print form and sign by hand)

ФИО представителя пациента: _____ **Дата/Date:** _____

Patient Representative Name:

ФИО представителя пациента: _____

Patient Representative Signature:

(Распечатайте форму и подпишите от руки. Включите подтверждающую документацию).

(Print form and sign by hand. Please include supporting documentation.)

Отношение к пациенту: _____

Relation to Patient:



1ROI